

**AZIENDA U.S.L. N. 5
ORISTANO
DISTRETTO SOCIO SANITARIO GHILARZA – BOSA**

ALL. DETERM. DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO N° _____ del _____

Prospetto di liquidazione spese per prestazioni sanitarie e spese di viaggio e soggiorno fruite al di fuori del territorio regionale

ai sensi della LEGGE REGIONALE 48/2018 E della LEGGE REGIONALE 26/91

N°	Cod. Reg.le	Autorizzazione	Struttura Sanitaria	Periodo prestazione	PMA+ VIAGGIO	spese sogg.	Totale spese da rimborsare
1		9349 DEL 28/02/2023	CLINICA SAN CARLO PADERNO – MILANO	26/10/2023 -31/10/2023 – 06/10/23	5010,92	360,00	5370,92
2							0,00
3							0,00
4							0,00
5							0,00
6							0,00
7							0,00
8							0,00
9							0,00
10							0,00
				Totali euro	5.010,92	360,00	5.370,92

IL RESP ISTRUTTORIA
Sig.ra P.E.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
DR. Sergio Obinu

